

LOS NIÑOS Y LOS JÓVENES LOS MÁS DESPROTEGIDOS.

Victoria Mazzeo*

1. Introducción.

La niñez y la adolescencia son las etapas del ciclo de la vida en que se adquieren las habilidades básicas que posibilitan la participación futura en la sociedad. En este contexto, los niños representan el grupo de mayor vulnerabilidad en donde los condicionantes sociales, económicos, culturales y ambientales son determinantes de su situación de salud. La etapa temprana del desarrollo infantil que abarca desde la vida intrauterina y la atención del parto hasta los primeros cinco años de vida, es un período fundamental en el cual el niño desarrolla el lenguaje, la locomoción, las relaciones sociales y los conocimientos y habilidades, que condiciona su desarrollo posterior. Este es también un período de gran riesgo no sólo por problemas nutricionales o cuidados de su salud que pueden determinar compromiso futuro de crecimiento y desarrollo, sino también por incompetencia de la familia o inadecuada estimulación social y cognitiva, que puede hacer peligrar su trayectoria escolar, conduciendo a problemas académicos y sociales¹. La situación de los jóvenes también es vulnerable y parece responder a otro tipo de riesgos (salud reproductiva, consumo de drogas y la tendencia de la mortalidad asociadas en gran medida a accidentes de tránsito, homicidios y SIDA). Lo expresado resulta aún más visible al asociarlo a los niveles de pobreza diferenciando las etapas del ciclo vital, donde se evidencian notorias inequidades intrageneracionales.

Se ha demostrado que las sociedades que más plenamente garantizan los derechos de la infancia y la juventud no son necesariamente las de mayor riqueza acumulada o las que alcanzaron un ingreso por habitante más elevado, sino las que asumieron colectivamente la decisión de protegerlos². Mejorar las condiciones de vida de la población, en particular de los más pobres y entre ellos de la infancia y juventud, es posible aún en contextos de escaso crecimiento económico.

Las políticas y programas que atienden las necesidades básicas de estos grupos vulnerables proveen dos caminos distintos pero complementarios para disminuir la pobreza. Por un lado, satisfacen sus necesidades básicas y por otro permiten construir las bases para un desarrollo sostenido que rompe el círculo vicioso de reproducción generacional de la pobreza.

Los principios de universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos, así como el principio del interés superior del niño, contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, plantean la necesidad de generar procesos de cambio social, vinculando la política económica a la política social. Al promover la equidad, el enfoque de derechos transforma a la política social en un instrumento de justicia, de protección integral y de integración social.

La experiencia histórica ha demostrado que cuando una sociedad se empobrece se produce un empeoramiento en las condiciones de salud de sus integrantes. Esta constatación lleva a reflexionar sobre la existencia de disparidades en la cobertura de salud y por

* Magister en Demografía Social – UNLU. Dirección General de Estadística y Censos – GCABA. Av. San Juan 1340 (CP 1148). TE/FAX: 4307-4206/1894. mail: vmazzeo@buenosaires.gov.ar - Instituto Gino Germani – Área Salud y Población.

¹ (Moreno, 1999).

² (CEPAL-UNICEF, 2002).

ende en la atención de la salud entre los distintos sectores sociales, específicamente en los grupos más vulnerables que son objeto de este estudio.

En la Ciudad de Buenos Aires en el período 1991-2001 la incidencia de la pobreza³ y de la indigencia⁴ se ha incrementado: la población en hogares pobres el 21 por ciento y en hogares indigentes el 163 por ciento. Afectada indudablemente por el aumento de la desocupación, que en igual período creció el 225 por ciento y por la evolución de la desigualdad en el ingreso medio per cápita familiar según quintil de ingresos⁵. Por otro lado se observa en el período 1993-98 un incremento del 16.5 por ciento en el producto bruto per cápita, lo que estaría demostrando un aumento en la desigualdad de la distribución. Se considera que estos cambios económicos y sociales tienen un impacto en la cobertura de salud, siendo uno de los objetivos de esta ponencia describir esa relación.

Por otro lado, es intención mostrar el correlato que ante esta situación ha tenido el gasto público en salud y en las políticas públicas que ha implementado el gobierno de la ciudad durante el período investigado.

2. Aclaraciones metodológicas.

Las diferencias sociales entre los niños y adolescentes se abordaron de acuerdo a las posibilidades de las distintas fuentes. A partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares se analizó la presencia de los niños y adolescentes en la población pobre e indigente. Cuando la información proviene del Censo de Población, se consideró como indicador de pobreza el Índice de las Necesidades Básicas Insatisfechas, que permitió asociar pobreza con falta de cobertura en salud.

Para investigar el gasto público en salud se utilizaron los tabulados publicados por la Dirección de Gastos Sociales Consolidados de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía, que muestran el gasto público (en millones de pesos) del gobierno de la ciudad según finalidad y función para el período 1993-2001.

Por último, la lectura de los boletines oficiales ha permitido el análisis de las políticas de salud implementadas por el gobierno de la ciudad.

3. Desigualdad y pobreza.

La década de los 90 se inicia en gran parte de los países de América Latina en el marco de una recesión económica persistente y de una creciente pobreza para amplias capas de la población. Los signos principales de este proceso son: concentración económica, contracción del Estado y retiro de sus funciones redistributivas, modificaciones en el mercado de trabajo con aumento del desempleo y de la precarización, caída del ingreso y aumento de la pobreza con la incorporación de sectores medios o “nuevos pobres”⁶.

En Argentina, pese a los pronósticos que esperaban soluciones mágicas provenientes del crecimiento económico verificado en la década de los 90, los pobres no se apropiaron de los beneficios de ese crecimiento. Por el contrario resultaron perjudicados, ya sea por-

³ Hogares cuyos ingresos no les permiten comprar un conjunto de bienes alimentarios y no alimentarios considerados esenciales en la sociedad.

⁴ Hogares que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas.

⁵ Mientras que en 1991 el ingreso per cápita familiar del 5° quintil era 8 veces mayor que el del primero, en el 2001 es 11 veces mayor.

⁶ (Minujin, 1993).

que la política adoptada profundizó la regresividad en la distribución del ingreso como por las reformas institucionales que degradaron el mercado laboral y las políticas sociales.

Luego del Plan de Convertibilidad, se generaron las bases económicas para una reforma del Estado que impulsó el pasaje de las políticas universales hacia la denominada política social focalizada⁷.

Pese a los esfuerzos realizados en la última década en materia de gasto social, el gasto social básico aún no es suficiente para alcanzar las coberturas necesarias, ni para evitar la desigualdad en la atención de la salud. A menos que el gasto público en servicios sociales sea distribuido de manera equitativa, las brechas en el acceso a los servicios sociales básicos se perpetuarán.

Las políticas más universales, como la salud, ponen más trabas para su acceso y aumentan la segmentación de la población. Los grupos marginados se ven obligados a la demostración de sus carencias básicas para calificar como beneficiarios. “Se nota un traslado de la responsabilidad pública hacia una individual o corporativa”⁸. Este cambio afecta principalmente a las familias pobres que son las que tienen más hijos.

La inequidad en salud se refiere a diferencias innecesarias, evitables y juzgadas como injustas y por ello es un concepto crucial para la definición de políticas públicas para la salud. Por otro lado, la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos centrales. Como afirma Sen⁹ no concierne únicamente a la salud, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y libertades humanas.

Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura.

4. Infancia, juventud y pobreza.

Si bien en la última década se registró en la ciudad un alto crecimiento de la población pobre e indigente, existen evidencias empíricas que los niños y los jóvenes son los más perjudicados. Sirva como ejemplo, que para el aglomerado del Gran Buenos Aires¹⁰ el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza era en 1991 de 21,5 llegando a 35,4 en el 2001, mientras que el porcentaje de personas por debajo de la línea de indigencia era de 3,0 en 1991 y ascendió a 12,2 para el 2001. Una situación aún más grave se registra para la infancia y la juventud.

En el Cuadro 1 se muestra para dicho aglomerado el alto peso relativo que tienen los menores de 18 años en la población pobre e indigente. En el año 1991 el porcentaje de niños y adolescentes pobre era del 30,5 por ciento, mientras que en el 2001 este porcentaje se había incrementado al 52,7 por ciento. El crecimiento fue aún más considerable respecto de la indigencia que pasó de 4,9 por ciento en 1991 al 20,7 por ciento en el 2001. Puede afirmarse que el porcentaje de niños y adolescentes pobres del aglomerado

⁷ (García Delgado, 2003).

⁸ (Lo Vuolo y otros, 1999).

⁹ (Sen, 2002).

¹⁰ Definido como Ciudad de Buenos Aires y partidos del Conurbano.

casi se duplicó, mientras que el de indigentes se cuadruplicó. Merece destacarse la situación de los adolescentes que constituyen el grupo de edad más afectado.

Cuadro 1

Porcentaje de niños y adolescentes bajo la línea de pobreza e indigencia por grupo de edad. Gran Buenos Aires. 1991-2001.

Línea de pobreza e indigencia.		
Población de 0 a 17 años y	1991	2001
porcentaje por grupo de edad		
Población de 0 a 17 años bajo LP	1.091.600	1.891.996
% de 0 a 17 años bajo LP	30.5	52.7
% de menores de 1 año bajo LP	29.8	45.9
% de 1 a 4 años bajo LP	31.6	48.1
% de 5 a 14 años bajo LP	32.3	54.7
% de 15 a 17 años bajo LP	22.8	53.9
 Población de 0 a 17 años bajo LI	 173.926	 743.867
% de 0 a 17 años bajo LI	4.9	20.7
% de menores de 1 año bajo LI	4.1	18.0
% de 1 a 4 años bajo LI	4.6	18.0
% de 5 a 14 años bajo LI	5.5	21.6
% de 15 a 17 años bajo LI	3.2	22.2

Fuente: INDEC/UNICEF, 2003, Cuadro 6.8.

5. Infancia, juventud, pobreza y salud.

Las modificaciones impresas al rol del Estado en la Argentina durante las últimas décadas del Siglo XX tuvieron impacto negativo en la salud. La respuesta a las sucesivas y cada vez más agudas crisis económicas fue aplicar políticas de ajuste caracterizadas por recortes en los presupuestos de las áreas directa o indirectamente relacionadas con la salud.

La adopción del método de la planificación normativa, en cuyo marco se implementaron programas verticales diseñados desde los niveles decisorios centrales, sin la participación de la comunidad y carentes de la debida evaluación, revela el carácter tecnocrático de las políticas sectoriales implementadas. Los planificadores del sector salud elaboraron dichos programas en base a indicadores descriptivos, a partir de la enfermedad y la muerte, que miden la demanda pero no las necesidades de la población sin reconocer el carácter médico-social del proceso salud-enfermedad.

La Argentina no cuenta con un sistema de salud integrado, considerando como tal aquél en el que existe coordinación intersectorial con un grado de coherencia y racionalidad

que permitan el acceso de la población a una atención adecuada a sus necesidades. El sector muestra una gran heterogeneidad en la modalidad de la atención médica y la coexistencia de un vasto espectro institucional. El país cuenta con un sector privado sumamente heterogéneo en composición y calidad de prestaciones, el sector de obras sociales con enormes diferencias en términos de número de afiliados, recursos financieros y variedad de prestaciones ofrecidas y por último el sector público dividido en tres niveles (nación, provincia y municipios) que, con gran autonomía, brindan servicios a la población. Esta atomización institucional más que reflejar pluralismo denota escasa o nula racionalidad y se traduce en políticas no coordinadas, con superposición de oferta de servicios de salud en algunos lugares y carencias en otros.

En la Ciudad de Buenos Aires, según datos del 2000¹¹ de la oferta de establecimientos con internación (172) sólo el 23 por ciento corresponde al sector oficial, el 6 por ciento al de obras sociales y el 71 por ciento restante al sector privado. Teniendo en cuenta la cantidad de camas disponibles se observa otra estructura de participación: 49 por ciento corresponde al sector oficial, 6 por ciento al de obras sociales y 45 por ciento al sector privado. Es decir que el sector oficial en menos establecimientos ofrece mayor cantidad de camas (274 en promedio), le sigue en importancia el sector obras sociales (134 en promedio) y por último el sector privado (80 en promedio). Teniendo en cuenta los establecimientos sin internación (1494) el sector oficial y el de obras sociales participa cada uno con el 3 por ciento mientras que el 94 por ciento restante corresponde al sector privado.

Otra consecuencia negativa de la ausencia de un gobierno central capaz de conducir el sistema es la estratificación que se produce en el acceso a los servicios y la inequidad que ello trae aparejado. Se ha producido una estratificación en el acceso a los servicios que se relaciona con los niveles socioeconómicos de la población.

Para verificar esta afirmación y confirmar la mayor desprotección de la infancia y la juventud se ha analizado lo que ha ocurrido en la Ciudad de Buenos Aires entre 1991 y 2001, tomando como indicador la falta de cobertura de salud por grupo de edad y condición de pobreza¹², a partir del procesamiento de los datos censales de ambos años (Cuadro 2).

Se observa que tanto para la población pobre como para la no pobre se ha incrementado la falta de cobertura de salud, entre los primeros en un 40,7 por ciento y entre los segundos en un 35,5 por ciento, pero es indudable que esta situación es mucho más grave entre los pobres. La proporción de población sin cobertura de salud de los pobres triplica la de los no pobres.

Esta desprotección es aún más evidente entre los niños y jóvenes y entre ellos los pobres, donde los niveles son superiores al 50 por ciento para 1991 y llegan a superar el 70 por ciento para el 2001, destacándose como grupos más afectados la primera infancia y la juventud.

Con el objeto de profundizar el análisis y tratar de descubrir cómo las modificaciones en el mercado de trabajo incidieron no sólo en la falta de cobertura sino en el tipo de cobertura de la población se presenta en el Cuadro 3 la población en hogares particulares por condición NBI y tipo de cobertura en salud según grupo de edad.

¹¹ (Ministerio de Salud, 2002).

¹² Medida a través de las Necesidades Básicas Insatisfechas.

Los valores obtenidos permiten verificar (tanto para los no pobres como para los pobres) no sólo la reducción de la proporción que tenía obra social, sino la importante caída de la población que tenía obra social y plan médico o mutual.

Al analizar los datos según grupo de edad se observa que en el grupo menor de 20 años es mayor la proporción de población sin cobertura de salud, especialmente entre los niños y jóvenes pobres donde alcanza al 70 por ciento de los mismos.

Cuadro 2

Población en hogares particulares sin cobertura de salud según grupo de edad por condición de NBI. Ciudad de Buenos Aires. 1991-2001.

Condición NBI		
Población sin cobertura de salud	1991	2001
y porcentaje según grupo de edad.		
No NBI		
Población total No NBI	442.362	575.796
% en la población total No NBI	16.9	22.9
Población 0 a 19 años No NBI	131.239	149.327
% de 0 a 4 años No NBI	18.3	25.3
% de 5 a 9 años No NBI	18.7	26.3
% de 10 a 14 años No NBI	18.8	26.5
% de 15 a 19 años No NBI	22.6	27.2
NBI		
Población total NBI	105.123	137.507
% en la población total NBI	46.0	64.7
Población 0 a 19 años NBI	47.911	55.003
% de 0 a 4 años NBI	55.6	72.6
% de 5 a 9 años NBI	52.4	69.1
% de 10 a 14 años NBI	50.1	67.6
% de 15 a 19 años NBI	57.5	70.8

Fuente: elaboración en base a datos censales.

Cuadro 3

Población en hogares particulares por condición de NBI y tipo de cobertura en salud según grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. 1991-2001.

Condición NBI		
Población total y de 0 a 19 años y	1991	2001
Porcentaje por tipo de cobertura.		
NO NBI		
Población total (1)	2.619.669	2.512.999
% tiene sólo obra social (2)	52.6	47.3
% tiene sólo plan médico o mutual	13.1	20.3
% tiene obra social y plan médico o mutual	17.4	9.5
% no tiene obra social ni plan médico o mutual	16.9	22.9
Población de 0 a 19 años (1)	665.118	566.117
% tiene sólo obra social (2)	47.7	45.2
% tiene sólo plan médico o mutual	16.0	20.6
% tiene obra social y plan médico o mutual	16.6	7.8
% no tiene obra social ni plan médico o mutual	19.7	26.4
NBI		
Población total (1)	228.452	212.489
% tiene sólo obra social (2)	43.7	30.9
% tiene sólo plan médico o mutual	2.8	2.8
% tiene obra social y plan médico o mutual	7.5	1.7
% no tiene obra social ni plan médico o mutual	46.0	64.7
Población de 0 a 19 años (1)	88.961	78.354
% tiene sólo obra social (2)	37.5	26.9
% tiene sólo plan médico o mutual	2.7	1.8
% tiene obra social y plan médico o mutual	5.9	1.1
% no tiene obra social ni plan médico o mutual	53.9	70.2

(1) Para 1991 se descontaron los ignorados de tipo de cobertura.

(2) Para 1991 se sumó los que tenían obra social e ignoraban plan médico o mutual.

Fuente: elaboración en base a datos censales.

Evidentemente los cambios en las relaciones de trabajo y la precariedad laboral han alterado profundamente las posibilidades de inserción estable de las personas y la calidad de vida de las mismas. En este contexto, los niños y los jóvenes representan el grupo de mayor vulnerabilidad en donde las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales son determinantes de su situación de salud.

5. El gasto social y el gasto en salud en el gobierno de la ciudad.

Los objetivos de la política social del gobierno son asegurar la igualdad de oportunidades, satisfacer las necesidades básicas de la población y garantizar la cobertura ante riesgos vinculados con la salud, la vejez y las contingencias laborales. Está compuesto por la suma de los recursos financieros brutos insumidos en la retribución al personal ocupado, en la compra de insumos y servicios y en las inversiones realizadas en todos los organismos estatales y cuasi públicos que corresponden a los sectores sociales¹³.

En términos operativos está destinado a brindar servicios de educación, salud, agua potable, servicios sanitarios y vivienda, a realizar políticas compensatorias destinadas a la población carenciada y a garantizar los seguros sociales, que incluyen la previsión social, las obras sociales, las asignaciones familiares y el seguro de desempleo. El procedimiento que se emplea para estimar la magnitud del gasto social se basa fundamentalmente en la identificación y cuantificación de las erogaciones presupuestarias¹⁴. Sin embargo es preciso tener en cuenta que además existen subsidios que surgen de las políticas implícitas y que no están necesariamente registrados en los presupuestos. Ellos pueden ser resultado de las políticas indirectas de los gobiernos, de beneficios generados por exenciones al pago de los tributos, de subsidios cruzados, etc.

Por otro lado, los recursos financieros del sector público no son asignados íntegramente a los sectores sociales de menores ingresos. Ello es así porque con estos recursos se subsidia a la seguridad social, ya que muchos beneficiarios de las obras sociales que no cubren un nivel satisfactorio de prestaciones recurren a las instituciones públicas sin que éstas, en la mayoría de los casos, reciban aporte alguno. Asimismo, el sector público brinda prestaciones que no son rentables para el sector privado, facilitando de esta manera la tarea que este último realiza.

El gasto público se ejecuta en los distintos niveles de gobierno (Nación, provincias y municipios). El gobierno nacional tiene a su cargo la definición y la coordinación de las políticas públicas, las universidades nacionales, los programas de ciencia y técnica, los de prevención de la salud y los destinados a la pobreza y vulnerabilidad social, como así también la responsabilidad de la administración y/o regulación de los seguros obligatorios. Además financia programas que son ejecutados en los ámbitos provincial y municipal. Es necesario destacar que los gastos en previsión social se encuentran mayoritariamente centralizados a nivel nacional. Las provincias ejecutan sus propios programas, concentrados especialmente en las áreas de educación y salud, los transferidos por la Nación, los financiados por un porcentaje del impuesto a las ganancias y los originados en transferencias de fondos para acciones específicas. Con respecto a los seguros sociales, algunas provincias todavía mantienen sus sistemas previsionales y su propio sistema de obra social para el personal estatal.

Con el objeto de investigar cuál ha sido la inversión del gobierno de la ciudad en materia de gasto social y específicamente de gasto en salud en primera instancia se han se-

¹³ (Ministerio de Economía, 1999).

¹⁴ (Ibídem).

leccionado como indicadores la participación de ambos gastos en el gasto público total. Como se observa en el Cuadro 4, la participación del gasto público social¹⁵ ha tenido una tendencia decreciente en el período analizado, mientras que en 1993 representaba el 84 por ciento del gasto público total en el 2001 registra el 77.6 por ciento. La explicación parecería encontrarse en el incremento sostenido de la participación del gasto en funcionamiento del estado¹⁶ y en el pago de los servicios de la deuda pública¹⁷, que han aumentado su participación en el período presentado el 28 por ciento y el 250 por ciento respectivamente.

En lo que se refiere a la participación del gasto en salud en el gasto total (Cuadro 5), se observa una tendencia creciente (cercana a la tercera parte del gasto total) que se ha frenado a partir del 2000. Distinguiendo el gasto en salud según función, la atención pública de la salud registra los mayores niveles de participación siendo sensiblemente menor la destinada a la atención de la salud del personal del estado a través de la obra social del gobierno.

Cuadro 4
Composición porcentual del gasto público total.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2001.

Año	Gasto total	Funcionamiento del estado	Gasto público social y en recursos humanos	Gasto público en servicios económicos	Servicios de la deuda pública
1993	100.0	12.3	84.0	3.0	0.6
1994	100.0	13.5	80.6	2.4	3.5
1995	100.0	14.1	80.2	3.0	2.7
1996	100.0	12.8	79.7	3.1	4.5
1997	100.0	13.4	76.9	5.7	4.0
1998	100.0	14.6	79.1	2.9	3.4
1999	100.0	14.8	78.6	3.1	3.5
2000	100.0	15.7	78.2	3.4	2.7
2001	100.0	15.7	77.6	4.7	2.1

Nota: cifras provisorias, sujetas a revisión.

Fuente: elaboración en base a Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Secretaría de Política Económica – Ministerio de Economía (2003).

¹⁵ Gasto en cultura, educación y ciencia y técnica, salud, agua potable y alcantarillado, vivienda y urbanismo, previsión social, trabajo y otros servicios urbanos.

¹⁶ Gasto en administración general, justicia, defensa y seguridad.

¹⁷ Intereses y gastos de la deuda pública interna y externa.

Cuadro 5
Participación del gasto en salud en el gasto total según función.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2001.

Año	Gasto total	Salud	Atención pública de la salud	Obras sociales - Atención de la Salud
1993	100.0	28.4	23.6	4.8
1994	100.0	32.2	26.8	5.4
1995	100.0	32.5	27.2	5.3
1996	100.0	30.9	26.1	4.8
1997	100.0	31.4	26.6	4.7
1998	100.0	31.5	27.5	3.9
1999	100.0	29.8	26.0	3.8
2000	100.0	29.9	26.1	3.7
2001	100.0	29.5	24.4	5.0

Nota: cifras provisionarias, sujetas a revisión.

Fuente: elaboración en base a Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Secretaría de Política Económica – Ministerio de Economía (2003).

Otra manera de mirar la evolución de las erogaciones del gobierno de la ciudad según finalidad, es a través de un número índice con base en 1993 (Cuadro 6). De esta manera se observa un distinto comportamiento según finalidad. Mientras que en el 2001 el gasto en salud es un 9 por ciento mayor al de 1993, existen otras finalidades que han incrementado sensiblemente sus erogaciones: servicios de la deuda pública (253 por ciento), servicios económicos¹⁸ (63 por ciento) y funcionamiento del estado (33 por ciento).

¹⁸ Gasto en producción primaria, energía y combustibles, industria y servicios.

Cuadro 6

Gasto Público del GCBA según finalidad, 1993-2001. Índice 1993=100.

Año	Gasto total	Funciona- miento del estado	Gasto pú- blico social y en recur- sos huma- nos	Gasto pú- blico en servicios económicos	Servicios de la deuda pública	Gasto en salud
1993	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1994	88.3	96.9	84.7	70.0	506.3	100.2
1995	90.7	103.8	86.6	89.5	398.4	103.7
1996	97.4	100.9	92.3	99.5	712.9	105.9
1997	97.7	106.1	89.4	184.4	645.8	107.9
1998	93.3	110.1	87.8	91.6	518.3	103.4
1999	101.9	122.4	95.3	104.8	583.3	106.9
2000	102.2	130.0	95.1	115.6	453.4	107.5
2001	104.7	133.1	96.6	163.4	353.5	108.6

Nota: cifras provisionarias, sujetas a revisión.

Fuente: elaboración en base a Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Secretaría de Política Económica – Ministerio de Economía (2003).

Finalmente se presentan dos indicadores considerados de interés para analizar la importancia del gasto en salud en relación con la población y con el producto bruto interno de la ciudad. En el Cuadro 7 se presenta la evolución del gasto en salud per cápita, en él se observa un notorio descenso en 1998 para luego retomar su tendencia creciente, llegando al 2001 a un gasto aproximado anual de 326 pesos por habitante.

Cuadro 7

Gasto en salud per cápita (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2001.

Año	Gasto en salud per cápita
1993	302.59
1994	303.00
1995	313.24
1996	319.23
1997	324.84
1998	310.94
1999	321.09
2000	322.55
2001	325.53

Fuente: elaboración en base a Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Secretaría de Política Económica – Ministerio de Economía (2003) e INDEC (1997).

En el Cuadro 8 se observa que el gasto en salud como porcentaje del PBI no ha alcanzado a representar el 2 por ciento en el período presentado, registrando una clara tendencia decreciente hasta 1999 e incrementándose levemente a partir de ese momento.

Cuadro 8

Gasto en salud como porcentaje del PBI. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2001.

Año	Gasto en salud como % del PBI
1993	1.74
1994	1.60
1995	1.63
1996	1.59
1997	1.52
1998	1.38
1999	1.43
2000	1.46
2001	1.57

Fuente: elaboración en base a Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Secretaría de Política Económica – Ministerio de Economía (2003) y GCBA (2003).

6. Políticas implementadas por el gobierno de la ciudad.

La política de la jurisdicción especificada en el presupuesto 2001¹⁹ y enmarcada en la Ley Básica de Salud, tiene como objetivos:

- a) garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y el ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin, tanto desde su rol como efector en el sector público como de fiscalizador y regulador en el ámbito privado y de la seguridad social.
- b) promover el desarrollo de una cultura de salud y aprendizaje social para mejorar la calidad de vida, poniendo énfasis en las acciones de educación para la salud y la prevención.
- c) mejorar la equidad a través de la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso a los servicios, la utilización equitativa del sistema de salud, la cobertura universal y el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud.
- d) mejorar la efectividad social, otorgando prioridad a las acciones dirigidas hacia la población vulnerable, a la reducción de la morbilidad prevenible y reductible y a la disminución de la morbilidad materno-infantil.

Se efectuó el relevamiento de fuentes documentales que estuvo orientado a la búsqueda de leyes, documentos de políticas y programas disponibles, habiendo sido necesario remontarse a la década de los 80, a los efectos de poder ubicar la reglamentación del Programa de Ampliación de Cobertura, Extensión de Servicios y de Acción Comunitaria “Centros de Salud y Acción Comunitaria” (CESAC) - Decreto 1334 BM 17.520 (26-3-84). Centros que si bien fueron creados durante la década anterior al período investigado, la cantidad y distribución de los mismos fue ampliada después de los 90. La importancia de los mismos se centra en que están dirigidos a la población de la zona de influencia de cada centro (especialmente en zonas de población carenciada) y a las áreas de salud materno-infantil, nutrición, control de enfermedades transmisibles, educación para la salud y saneamiento ambiental.

¹⁹ (GCBA, 2002).

En cuanto a la legislación aprobada durante el período en estudio merecen destacarse las siguientes:

- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996) En su capítulo segundo referido a Salud, artículo 20, garantiza el derecho a la salud integral y asegura a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.
- Decreto 456 - Dispónese la desconcentración de la atención dentro del área programática de cada establecimiento asistencial - BO 90 (10-12-96), en su artículo 2° dispone que las prestaciones podrán efectuarse en consultorios médicos, a través del Programa Médicos de Cabecera, siendo beneficiarios del sistema (Art. 10) los habitantes de la ciudad que no cuenten con cobertura de salud de ninguna índole o aquellos beneficiarios de instituciones de la Seguridad Social que establezcan convenios con el Gobierno de la Ciudad.
- Ley 114 - Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires - BO 624 (3-2-99) que en los artículos 6° y 8° establecen el deber de garantizar con absoluta prioridad el conjunto de los derechos de niños, niñas y adolescentes, tanto en la formulación de las políticas públicas como en la asignación de los recursos y los circuitos de atención.
- Ley 153 - Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - BO 703 (28-5-99), en sus artículos 20 y 21 garantiza el derecho a la salud integral de las personas, vinculado especialmente con las necesidades de alimentación y la atención integral del embarazo, parto, puerperio, niñez y adolescencia, y prioriza las acciones en los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos, que constituyen lineamientos de la Ley Básica de Salud. Asimismo el artículo 35 define como ejes que sustentan las políticas públicas de protección de los derechos de los niños criterios de intersectorialidad e interdisciplinariedad, articulando las distintas áreas, descentralizando los organismos de atención y promoviendo a la formación de redes sociales que conecten y optimicen los recursos existentes.
- Resolución 893 – Entréganse medicamentos en forma gratuita a los beneficiarios directos del Plan Médicos de Cabecera a menores de 15 años y a los de 65 años y más en los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud – BO 945 (18-5-2000). Entre sus considerandos invoca que la Constitución de la Ciudad garantiza una política de medicamentos que promueve el suministro de medicamentos básicos, poniendo especial énfasis en la atención de los sectores más vulnerables de la sociedad. El Secretario de Salud resuelve que los hospitales generales dependientes de la Secretaría entregarán medicamentos en forma gratuita a beneficiarios directos del Plan que sean menores de 15 años y a los de 65 años y más según el vademécum vigente.
- Ley 418 - Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable - BO 989 (21-7-00) en cuyo artículo 3° (punto b) garantiza a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio y propende la disminución de la morbilidad materna e infantil (punto c).
- Decreto 2132 – Créase el “Programa de Centros Médicos Barriales”, destinado a la atención integral del grupo familiar dentro del marco del “Plan Médicos de Cabecera” – BO 1084 (5-12-2000). Entre sus considerandos se invocan los procesos de pauperización de la población que han dado lugar a una gran heterogeneidad de los sectores más pobres y la necesidad de lograr un abordaje integral de los grupos familiares más nece-

sitados. Con ese propósito se crea el “Programa de Centros Médicos Barriales” que nuclea a médicos de cabecera de distintas especialidades y cuyos centros estarán ubicados en áreas donde resida población con riesgo aumentado.

- Resolución 3204 – Los hospitales entregarán medicamentos en forma gratuita a las beneficiarias directas del Plan Médicos de Cabecera durante su embarazo – BO 1127 (7-2-2001). Considerando que la Ley Básica de Salud de la Ciudad establece como objetivos del sector estatal el desarrollo de una política de medicamentos basada en la utilización de genéricos y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura y que el Plan Médicos de Cabecera cuenta con un vademécum elaborado para la atención ambulatoria de sus beneficiarios, el Secretario de Salud resuelve que los hospitales generales dependientes de esa Secretaría entregarán medicamentos durante el embarazo, en forma gratuita, a las beneficiarias directas del Plan Médicos de Cabecera, desde el momento del diagnóstico hasta un mes después de producido el parto.

Finalmente a comienzos del 2002 se sanciona la Ley 752 – Ley de Protección de derechos y atención de la salud frente a la crisis económica y social (BO 1426 – 23-4-2002) que como indica en su Art. 1° tiene por objeto garantizar la continuidad de la atención de la salud de la población frente a la crisis económica y social. Se disponen algunas medidas, entre ellas: a) garantizar las prestaciones del primero, segundo y tercer nivel en los efectores de salud del subsector estatal de 8 a 20 horas de lunes a viernes para la atención programada y h) instrumentar las medidas económico-financieras que permitan la importación directa de materia prima para ser entregada a laboratorios del área estatal que producen medicamentos o insumos para el sistema de salud.

Lo expuesto permitiría afirmar que si bien la política de la Ciudad, plasmada en su Constitución y en la Ley Básica de Salud se basa en criterios de accesibilidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad, los programas impulsados han respondido sólo en parte y a través de enfoques sectoriales que no han brindado la necesaria articulación y coherencia a los esfuerzos desplegados.

Tomando como ejemplo el Plan Médicos de Cabecera, por ser un programa dirigido a la población residente de la ciudad y en su mayoría carente de cobertura de salud, al relacionar el total de inscriptos (153.364) con el total de población sin cobertura de salud (713.303) para el 2001 se observa que este programa ha inscripto sólo al 21,5 por ciento de la población sin cobertura de salud. Si esta relación se aplica a la población menor de 20 años (población sin cobertura = 204.460 y población inscrita = 46.891²⁰) el valor que se obtiene es de 22,9 por ciento. Esta constatación confirmaría la hipótesis planteada en numerosos trabajos de la temática que las políticas públicas han terminado favoreciendo a los sectores medios y altos que cuentan con más y mejores herramientas para acceder a los beneficios de tales políticas.

Por otro lado estas políticas se han implementado con excesiva centralización y no han sido suficientemente incentivadas como para obtener los mejores estándares de calidad, eficiencia y pertinencia en el desarrollo de sus acciones, sin contar con el aporte de la sociedad civil, que sólo recientemente se ha incorporado a su dinámica operativa.

Esta situación debiera ser revertida en el futuro inmediato, tomando a los niños y jóvenes no sólo como receptores pasivos de servicios públicos sino también como actores estratégicos del desarrollo.

²⁰ Obtenida a partir de aplicar la estructura por edad promedio del período 1997-2000.

7. Distintos diagnósticos y propuestas de cómo revertir esta situación.

Existen distintas propuestas de cómo revertir esta situación. El Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) pone en evidencia que el mapa de la pobreza y la desigualdad evidencia que los niños y los jóvenes son los mayores afectados. Afirma que la ciudadanía, a pesar de su apoyo mayoritario a la democracia, siente y expresa que sus instituciones y sus líderes se han alejado de la búsqueda del bien común y se han distanciado de la representación y defensa de los intereses sociales legítimos. Estado y sociedad se bifurcaron²¹. Enumera una serie de desafíos que plantea la realidad argentina, entre ellos merecen destacarse:

- a) la necesidad de revertir el patrón inequitativo de los niveles del desarrollo humano;
- b) la promoción de una sociedad más igualitaria;
- c) combatir la pobreza reforzando las capacidades y promoviendo el empleo digno;
- d) impulsar una política de descentralización genuina y equitativa para revertir la ineficacia de las políticas de reforma del gasto social;
- e) diseñar y ejecutar una estrategia federal de desarrollo regional.

Asimismo plantean que la política democrática es tan importante para el desarrollo como la economía. Los desafíos en este aspecto son la necesidad de un Estado activo como condición necesaria del desarrollo humano y una reformulación participativa de la democracia desde las bases locales. Afirman que la reciente experiencia de movilizaciones populares configura un fenómeno de superación del activismo social y un aumento de la participación ciudadana que puede contribuir a reforzar la calidad de la democracia. El fundamento sobre el que deben basarse las reformas necesarias pasa por un consenso político y moral asentado en la voluntad política de llevar a cabo las transformaciones que la sociedad demanda.

Otra de las propuestas²² habla de la construcción de una red de seguridad de los ingresos basada en la noción de ingreso ciudadano, necesaria para luchar efectivamente contra la pobreza promoviendo la inserción social de toda la ciudadanía y la cohesión del conjunto de la sociedad. Sería una política imprescindible para empezar a cambiar las tendencias de los graves problemas sociales que afecta a nuestra sociedad. Sostienen que el objetivo de la política económica debe ser el de buscar el bienestar del conjunto de la sociedad y no limitarse a compensar los impactos negativos que provoca sobre ese bienestar.

También se hace mención al concepto de Estado de Malestar²³ que surge a partir de la reducción y caída del Estado de Bienestar. Este Estado de Malestar se traduce en una caída generalizada de las expectativas del mejoramiento de la calidad de vida. Este concepto tiene dos dimensiones estrechamente relacionadas: una psicosocial y otra institucional. La primera se genera en la conformación de una sociedad más dual en donde los estratos medios tienden a desvanecerse y en donde se congelan las perspectivas de movilidad social ascendente. En la segunda se produce el desarme de la estructura de los servicios sociales públicos. Afirma el autor que es evidente la ausencia de una preocupación explícita que se traduzca en hechos concretos para definir una política social interactuante con la política económica y propone como alternativa viable una economía

²¹(PNUD, 2002a).

²²(Lo Vuolo, Barbeito y otros, 1999).

²³(Bustelo, 2000).

mixta de bienestar concebida como un espacio de macroregulación en donde articulaciones estatal-empresarias y de otros sectores sociales se organicen sobre una lógica de posganancia.

El diagnóstico efectuado por Bustelo²⁴ es que las reformas sociales estuvieron claramente supeditadas a la obtención de equilibrios macroeconómicos y a una reducción del sector público. Que la política social se ha vuelto crecientemente “emergencial” y de corto plazo y es conducida por las presiones fiscales a las que se vio sometida y/o responde a situaciones de crisis dramáticas o a casos de aguda conflictividad social o política. Siendo acompañada por un discurso centrado sobre la necesidad incuestionable de mejorar la gestión introduciendo mayor eficiencia, definida ésta como una realización de optimización entre costos y beneficios.

Esta idea la plantea Lewkowicz²⁵ cuando habla del Estado técnico-administrativo, que no es un estado ontológicamente hablando, sino que es fundamentalmente consensual y no político. Afirma que el Estado es una administración, que no organiza una representación política de la voluntad ciudadana y que no se presenta como soberano de un territorio sobre cuyas prácticas tiene poder de decisión. Por lo tanto no se establece la relación representante-representado sino cliente-prestador, ya que sólo provee recursos.

También la retoma Caccia-Bava²⁶ al afirmar que el nuevo papel del Estado en el área social se vuelve residual porque la salud, la educación y la seguridad social se transforman en mercadería, excluyendo a aquellos que no tienen poder adquisitivo para comprarlas. Plantea un nuevo paradigma de sociedad, inspirado en un nuevo humanismo pautado centralmente por los valores de solidaridad e inclusión social, por la participación ciudadana, por la democratización de los gobiernos locales y del espacio público, por la construcción de un movimiento que sea portador de proyectos que afirmen la universalidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

En este contexto, el llamado “Diálogo Argentino” fue un espacio útil para el debate, donde se optó por una política de ingresos generalizados, a través de la fusión de los programas sociales en cuatro grandes áreas: alimentación, educación, salud y el programa de subsidios para jefes y jefas de hogar. Por otro lado, en una situación donde la población ya no podía comprar remedios, con hospitales saturados y sin recursos, el gobierno nacional dictó la Ley de Medicamentos Genéricos (política de prescripción por el nombre genérico de las drogas) y posteriormente el Programa Remediar, que comenzó a proveer medicamentos esenciales en forma gratuita a 2.000 centros de atención primaria de la salud en todo el país.

Con la primera de estas políticas el gobierno le da poder de elección al paciente y alienta la competencia, favoreciendo el acceso a la salud. Con la segunda de las iniciativas favorece el acceso a la salud de los sectores más desprotegidos y tiene un alto impacto redistributivo. El Ministerio de Salud trata de articular la política de medicamentos con acciones preventivas, que estimulen la consulta y el control de la salud por parte de la población, particularmente de los sectores más expuestos a la pobreza. Este programa está potenciando asimismo el sistema de atención primaria de la salud, cuyo efecto redistributivo ha sido probado en todo el mundo.

²⁴(Bustelo, 2002).

²⁵(Lewkowicz, 2002).

²⁶(Caccia-Bava, 2002).

Se puede concluir que para generar cohesión social sería necesario revertir, como afirma García Delgado²⁷, los dos indicadores que están en la base de la sociedad fragmentada: la tasa abierta de desempleo y el índice de distribución regresiva del ingreso, a través de una reconstrucción del estado, del aumento de la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de una orientación del mercado hacia la producción.

La tensión entre lo económico y lo social debería ser revertida a través de una estrategia integral que guarde una interdependencia mayor entre política social y económica, que introduzca la idea de una política macroeconómica activa, donde lo social no sea sólo un suplemento posible en función de los resultados económicos, sino la condición de un nuevo modelo de crecimiento económico y distribución del ingreso, donde lo social sea condición de eficacia económica de un proyecto de país.

La evidencia empírica sugiere que las familias pobres se benefician de los servicios sociales básicos solamente cuando estos son provistos en forma universal. Esto cuestiona la utilidad de los programas focalizados que no conducen a la universalidad.

Las políticas que promueven el acceso universal a los servicios sociales básicos y preventivos tiende por un lado a mejorar la equidad del gasto y por otro a mejorar la calidad de vida de la gente en general y de los niños en particular.

Se hace imprescindible, como afirma Bustelo²⁸, implementar una política para desarrollar un “social-productivo”, esto es, mover la enorme estructura de subsidios existente hacia una inserción productiva. Para ello es fundamental una política de convergencia en la gestión pública y entre ésta y la sociedad civil; eliminando toda duplicación de esfuerzos y evitando las enormes pérdidas de recursos que comportan el clientelismo y los sistemas de dominación política.

En este contexto, Bustelo plantea que la tarea de priorizar es crucial y que en el corto plazo, nada hay moralmente más prioritario ni económicamente más redituable que la atención a niños y adolescentes.

²⁷(García Delgado, 2003).

²⁸(La Nación, 2003).

Bibliografía

Bustelo, Eduardo (2002) *¿Retornará lo social?* En Socialis. Reflexiones Latinoamericanas sobre política social. Volumen 6 – Santa Fe – Argentina.

Bustelo, Eduardo (2000) De otra manera. Ensayos sobre política social y equidad. Homo Sapiens Ediciones – Santa Fe – Argentina.

Caccia Bava, Silvio (2002) A produção da agenda social mundial. Uma discussão sobre contextos e conceitos. Seminario “Mitos y realidades sobre inclusión social, participación ciudadana y desarrollo local” - Argentina -Córdoba - 21 y 22 de noviembre - mimeo.

CEPAL-UNICEF (2002) La pobreza en América Latina y el Caribe aún tiene nombre de infancia. México.

CEPAL (2000) Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos. Santiago de Chile.

GCBA (2003) Indicadores económicos 2000/2001. Dirección General de Estadística y Censos – Publicación N° 46 – Buenos Aires.

GCBA (2002) Presupuesto general de gastos y cálculo de recursos. Ejercicio 2001 y Plan plurianual de inversiones públicas (2001-2003). – Tomo 3 – Buenos Aires.

García Delgado, Daniel (2003) Estado-Nación y la crisis del modelo. El estrecho sendero. Grupo Editorial Norma – Buenos Aires – Argentina.

INDEC/UNICEF (2003) Situación de los niños y los adolescentes en la Argentina 1990/2001. Serie Análisis Social 2 – Buenos Aires – Argentina.

INDEC (1997) Situación demográfica de la Capital Federal. – Serie Análisis demográfico N° 10 – Buenos Aires.

La Nación (2003) Suplemento “Enfoques del país y del mundo” – Buenos Aires – domingo 25 de mayo.

Lewkowicz, Ignacio (2002) *Gestión y política en el Estado técnico-administrativo*. En Sucesos argentinos. Cacerolazo y subjetividad postestatal -. Ed. Paidós -Argentina.

Lo Vuolo R., Barbeito A. y otros (1999) La pobreza ... de la política contra la pobreza. CIEPP-Niño y Dávila Editores – Buenos Aires – Madrid.

Ministerio de Economía (2003) Evolución del Gasto público consolidado según finalidad y función por sector. Período 1990/2002. – Secretaría de Política Económica – Dirección de Gastos Sociales Consolidados – Buenos Aires (mimeo).

Ministerio de Economía (2001) Caracterización y Evolución del Gasto Público Social 2000. – Secretaría de Política Económica – Dirección de Gastos Sociales Consolidados – Serie: Gasto Público – Documento de Trabajo N° GP/10 – Buenos Aires.

Ministerio de Economía (1999) Caracterización y Evolución del Gasto Público Social. Período 1980-1997. – Secretaría de Programación Económica y Regional – Dirección de Gastos Sociales Consolidados – Buenos Aires.

Ministerio de Salud (2002) Estadísticas de recursos y producción de servicios. – Boletín N° 98 – Buenos Aires.

Minujin, Alberto (1993) *En la rodada* en Minujin, Beccaria, Bustelo y otros Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. UNICEF/LOSADA – Buenos Aires – Argentina.

Moreno, Elsa (1999) *Morbimortalidad en la niñez* en O'Donnell A. y Carmuega E. (co-ord.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina. CESNI Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil – Argentina.

PNUD (2002a) Los 18 desafíos que plantea la realidad argentina. Buenos Aires – Argentina.

PNUD (2002b) En búsqueda de la igualdad de oportunidades. Buenos Aires – Argentina.

Sen, Amartya (2002) *¿Por qué la equidad en salud?* en OPS Revista Panamericana de Salud Pública – Volumen 11 N° 5/6 – Washington – USA.